

Educação Terapêutica numa Perspectiva Comunitária em Saúde Mental

Therapeutic Education in a Community Mental Health Perspective

Cláudia Campos*, José Galante*

RESUMO:

Este trabalho pretende ser uma análise reflexiva das intervenções de enfermagem relativamente à adesão terapêutica na Unidade Funcional Comunitária da Equipa da Amadora, do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca.

Em primeiro lugar iremos fazer uma revisão teórica acerca dos vários conceitos relacionados com o tema, tendo em vista a melhor compreensão do fenómeno da adesão em todas as suas dimensões.

É feita uma análise quantitativa relativamente à evolução dos utentes que beneficiam da supervisão terapêutica; é realizada uma caracterização desta população referente à faixa etária, género, diagnósticos e relação entre o início da supervisão terapêutica e ocorrências hospitalares em três utentes.

A educação terapêutica na reabilitação comunitária tem sido um objectivo primordial nas nossas intervenções e verificamos que o número de utentes com supervisão terapêutica tem vindo a aumentar; os benefícios que daí advêm vão de encontro a um decréscimo de internamentos e episódios de urgência, melhorando de forma significativa a qualidade de vida dos utentes e suas famílias, reforçando a aliança terapêutica com a equipa.

Palavras-Chave: Enfermagem Psiquiátrica; Educação Terapêutica; Consulta Comunitária.

ABSTRACT:

This work aims to be a reflexive analysis about the nursing interventions regarding adherence Functional Unit in the Community Team Fan, the Department of Psychiatry, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca. Firstly we do a literature review on the various concepts related to the subject in order to increase understanding of membership in all its dimensions. We made a quantitative analysis on the evolution of users benefiting from the therapy supervision, and we performed a characterization of this population regarding age, gender, diagnoses and relation between the start of therapy and monitoring events in three hospital patients.

Education in community rehabilitation therapy has been a primary objective in our department and we have documented a rise in the number of users with therapy supervision. Therapy supervision contributed to a decrease in hospitalization and emergency department visits, thereby improving significantly the quality of life of users and their

* Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE.  campos.claudia@hotmail.com

† Falecido a 1 de Abril de 2011.

Recebido / Received: 03/05/2011 • Aceite / Accepted: 30/05/2012

Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

families, strengthening the therapeutic alliance with the team.

Key- Words: *Psychiatric Nursing; Therapeutic Education; Community Consultation.*

INTRODUÇÃO

Durante os últimos anos, vários estudos têm demonstrado que o fenómeno da adesão terapêutica se reveste da maior importância para a reabilitação e equilíbrio da saúde mental do indivíduo. No entanto, a compreensão dos factores que levam as pessoas a aderir ou não às recomendações dos técnicos de saúde é complexa.

O conceito de adesão não se circunscreve apenas a desvios no plano de tratamento, mas a comportamentos como faltar às consultas, esquecer-se de tomar a medicação prescrita, tomar medicação em excesso, ingeri-la fora do tempo certo, não conhecer o nome dos fármacos a tomar, terminar o tratamento antes do prazo recomendado, entre outros aspectos¹.

Prevê-se que o impacto económico mundial das doenças crónicas continue a crescer até 2020, altura em que corresponderá a 65% das despesas de saúde em todo o mundo².

Nos Estados Unidos e Inglaterra apenas cerca de um terço do total de novas prescrições em cada ano são parcialmente cumpridas, ou não o são de todo³. Cerca de 20% dos utentes com alta hospitalar não adquirem os medicamentos prescritos. Dos que o fazem, entre 40 a 60% não cumpre a posologia indicada, diminuindo ou aumentando a dose, tomando-os fora de horas ou deixando de os tomar antes de obterem os resultados benéficos esperados³.

Em situações agudas, a adesão ao tratamento relativo ao alívio de sintomas varia entre 70-80 %, baixando para 60% quando se trata de um regime de prevenção, confirmando-se que as drogas que aliviam rapidamente os sintomas têm maior adesão do que as terapias preventivas³.

A evolução destes conceitos ao longo do tempo tem tido uma grande importância para a compreensão deste fenómeno.

Adesão por *compliance* (concordância ou complacência) é definida como a situação em que o comportamento do utente corresponde às instruções clínicas fornecidas³.

Segundo Haynes et al³, a adesão é a medida em que o comportamento do utente (em termos de tomar a medicação, ou outras mudanças no estilo de vida) coincide com os conselhos médicos ou de saúde.

Esta segunda conceptualização veio mostrar a importância não só das doenças, mas também das situações de saúde, onde se tornou fundamental os “conselhos médicos ou de saúde” e perdeu relevância a “instrução clínica”.

Concordância (*compliance*) é conotada com um comportamento passivo, associado ao papel tradicional de doente, de seguir os conselhos e orientações do profissional de saúde, ou seja, obediência em seguir as prescrições que são indicadas, embora não seja este o sentido em que é utilizado na maioria das comunicações.

Adesão (*adherence*) implica, pelo contrário, uma atitude activa, com envolvimento voluntário e colaborativo do utente e do profissional de saúde, num processo conjunto para a mudança de comportamento

do primeiro. Neste caso o utente adere ao tratamento, tendo por base um acordo conjunto que tem a sua participação, o que o leva a reconhecer a importância de determinadas acções prescritas³. Os autores clarificam o conceito de adesão, afirmando que os termos *compliance* e *adherence* têm aparecido associados mas revestem-se de significados bastante diferentes.

Esta nova perspectiva inscreve-se claramente no modelo biopsicossocial, que se opõe ao modelo biomédico, reducionista do conceito de saúde, onde o doente era tido apenas como um receptáculo passivo de prescrições efectuadas. A adesão é, nesta nova perspectiva, colocada na “interface entre o paciente, a família e o profissional de saúde”³.

MODELOS / TEORIAS COGNITIVAS

Vários modelos ou teorias explicativas têm procurado oferecer conceptualizações capazes de explicar este comportamento e identificar os factores que determinam a tendência dos indivíduos para aderirem às recomendações dos técnicos de saúde.

Referimo-nos a algumas:

Teorias da Acção Racional (TAR) - o paciente avalia os benefícios e obstáculos da adesão quanto à sua probabilidade de ocorrência; reconhece a importância das influências sociais no indivíduo, nomeadamente percepções acerca das expectativas dos grupos de referência, normas subjectivas e grau de motivação do indivíduo para aderir a elas¹.

Modelo de Crenças de Saúde (MCS) considera que a interacção entre diferentes tipos de crenças entre si influencia a adesão,

bem como os comportamentos protectores/preventivos ou promotores da saúde¹; as pessoas com maior probabilidade de aderir são as que se percebem a si próprias como sendo vulneráveis a uma determinada doença e acreditam que esta tem potenciais consequências graves para a saúde ou funcionamento diário. O indivíduo avalia os benefícios em relação à probabilidade de prevenção da doença, cura, controlo, ou alívio dos sintomas¹.

Este modelo (MCS), originalmente proposto para explicar comportamentos de saúde preventivos, foi depois expandido para explicar o papel de comportamentos de doença e adesão aos regimes terapêuticos. Assim, começou a emergir uma perspectiva alternativa que encara a não-adesão como um processo de tomada de decisão racional. A maior parte das teorias tem localizado as fontes de baixa adesão na interacção médico-paciente, no conhecimento ou crenças do paciente acerca do tratamento e também, embora em menor grau, na natureza do regime ou da doença. Por outro lado, a maior parte dos estudos acerca da adesão tem subjacente a noção de que os pacientes deveriam aderir (essa é a sua obrigação) e, quando tal não acontece, a responsabilidade é em grande parte deles. Vários estudos sugerem que os pacientes hoje em dia, pretendem obter mais informação e mais oportunidades de se tornarem activos na sua interacção com o profissional de saúde¹.

Outro **modelo explicativo** é o da **hipótese cognitiva da adesão**³. Trata-se de um modelo de comunicação que dá relevo à compreensão, à memória e à satisfação do utente face à informação que lhe é oferecida na con-

sulta. O autor defende que a adesão do utente aos protocolos terapêuticos se pode prever a partir da combinação de três variáveis que são: a satisfação, a compreensão da informação e a capacidade mnésica.

Relativamente à variável satisfação do utente, esta resulta de vários componentes: os aspectos afectivos, os comportamentais e a competência que lhe sugere a intervenção do técnico de saúde. Quanto aos aspectos afectivos considera-se que estão relacionados com a compreensão que é demonstrada ao utente, bem como com o apoio emocional que lhe é dispensado; os aspectos comportamentais relacionam-se com as explicações fornecidas aos utentes acerca das prescrições efectuadas; relativamente à competência do profissional de saúde, esta surge de uma avaliação subjectiva por parte do utente à intervenção do técnico. Relativamente à variável compreensão da informação dada acerca da doença, revelou-se também esta de uma importância crucial para uma potencial adesão ao projecto terapêutico.

A adesão é ainda influenciada pela capacidade de recordar as informações fornecidas durante a consulta. Ley³, considera que a capacidade mnésica neste caso não é influenciada pela idade do utente, mas por muitos outros factores como por exemplo a ansiedade, os conhecimentos médicos, o nível intelectual, a importância das afirmações feitas pelo técnico de saúde, os efeitos de primazia e o número de afirmações.

A partir deste modelo, pode promover-se a adesão do utente aos protocolos terapêuticos a partir da comunicação que com ele se estabelece.

COMPREENDER A NÃO-ADESÃO / PROMOVER A ADESÃO

Stimson¹, considera que para compreender a não-adesão é importante considerar um grupo de factores muitas vezes ignorados nos estudos e que são os modelos ou representações individuais de doença e as crenças dos pacientes acerca dos fármacos que influenciam o uso que fazem deles. Segundo Diefenbach e Leventhal¹, as respostas de coping em relação à doença, quando consideradas como o comportamento de adesão terapêutica, são em grande medida influenciadas pelas representações que os indivíduos constroem acerca da sua doença, quanto aos cinco componentes que constituem a representação da mesma (identidade, duração, causas, consequências, cura/controlo). Com base nesta perspectiva, o comportamento de não-adesão pode ser encarado como uma resposta coerente do indivíduo à falta de emparelhamento entre as suas ideias e as do médico, em relação ao seu problema ou tratamento¹. Estas afirmações vão de encontro aos aspectos anteriormente referidos relativamente aos modelos explicativos dos pacientes³. Por outro lado, as ideias ou crenças que as pessoas desenvolvem relativamente aos fármacos em geral, são susceptíveis de influenciar as suas próprias decisões acerca de quais os tratamentos apropriados para uma doença específica¹.

Compreender a adesão é aceitar que, partilhando a opinião de Ribeiro, citado por Camarneiro³, “a acção do indivíduo é decisiva para a promoção ou protecção da sua saúde, para a prevenção ou tratamento das

suas doenças. Portanto, os que prescrevem têm de se debater com o dilema de o fazer de tal modo que tenham a certeza que a probabilidade de a prescrição não ser seguida seja diminuta”. Actualmente, há autores que acreditam que a participação do utente na adesão depende da sua vinculação, tal como a conceptualizou Bowlby. Assim, indivíduos com uma vinculação segura teriam uma maior adesão aos cuidados continuados³. Estes autores acrescentam que o estilo de vinculação de cada um se sobrepõe à importância de estabelecer uma comunicação funcional.

Segundo estas perspectivas, parece poder concluir-se que os pacientes avaliam as acções dos técnicos de saúde e os fármacos prescritos, conforme o que eles próprios sabem e pensam acerca da doença e da medicação. Assim, a decisão de deixar de tomar medicamentos é um método empírico-razional que os utentes usam para testar as suas perspectivas relativamente à eficácia dos fármacos, ou seja, a opção de aderir ou não às prescrições médicas é uma forma de os utentes expressarem as suas tentativas de lidar com a doença. Por todos estes aspectos, Conrad⁴, propôs o termo auto-regulação para substituir o de adesão, pois teria um carácter mais adequado. A partir desta perspectiva centrada no paciente, a adesão passa então a ser encarada como um processo de auto-regulação, que permite às pessoas exercer algum controlo sobre a sua doença na medida em que se vão ajustando aos significados que os medicamentos assumem nas suas vidas, e

não só como um acto de obedecer às instruções médicas.

Com base nestas evidências, parece fazer sentido considerar que a chave para melhorar os níveis de adesão, passa pelo desenvolvimento de interações técnico-paciente mais abertas e cooperativas.

Esta breve revisão teórica, permitir-nos-á desenvolver melhores competências a nível dos cuidados prestados e consequentemente fortalecer a aliança terapêutica com os nossos utentes, minimizando o risco de recaídas e assim contribuir para uma melhor estabilização clínica e qualidade de vida destes.

Após este enquadramento teórico, é importante fazer uma abordagem a nível da nossa prática de cuidados relativamente a esta matéria. Assim, os objectivos gerais da supervisão terapêutica na equipa são:

- Avaliar regularmente o utente;
- Favorecer estabilização/reabilitação;
- Prevenir precocemente recaídas.

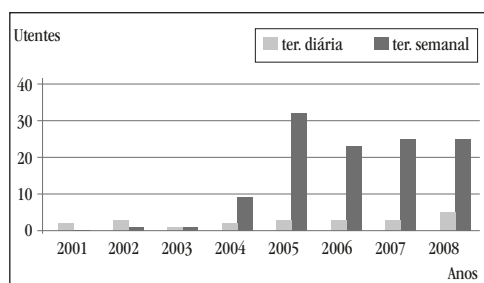


Figura 1: Evolução no número utentes com supervisão terapêutica.

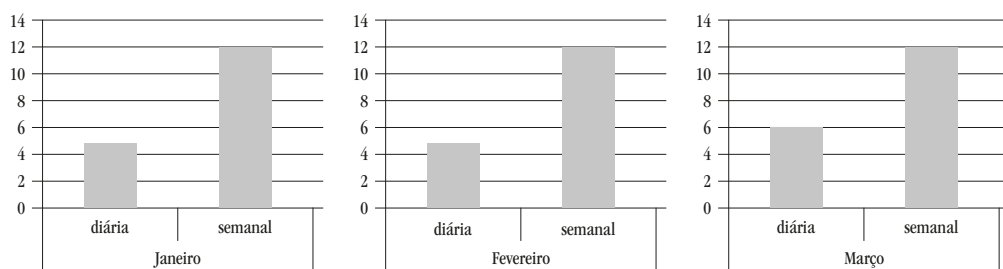


Figura 2: N° de utentes com supervisão terapêutica (1º trimestre 2009).

Através dos gráficos acima mencionados podemos verificar que o número de utentes com necessidade de supervisão terapêutica tem aumentado ao longo dos anos (2001 a 2008) e que os utentes que têm supervisão terapêutica semanal são em maior número. Esta diferença deve-se à dificuldade de deslocação do utente ao Centro de Saúde e também à actividade laboral. Outros utentes têm maior regularidade na adesão, não tendo por isso necessidade de fazer a toma assistida no Centro de Saúde todos os dias. Assim, o papel pedagógico do enfermeiro tem contribuído para a concretização destes objectivos, pelo que salientamos algumas estratégias possíveis que são utilizadas por este na equipa no desenvolvimento das competências relacionais com o utente com dificuldade na adesão ao projecto terapêutico:

- Avaliar potenciais dificuldades ao cumprimento da prescrição terapêutica:
 - Deve ser perguntado ao utente quais os medicamentos que lhe foram prescritos, o quê e quando os toma, com que frequência, se esquece de os tomar e porquê;

- Saber se há antecedentes de fraca adesão, se o utente vive sob tensão emocional, se tem horários irregulares ou complexos em regimes farmacoterapêuticos longos.

- Conhecer a vida quotidiana do utente e ajudar a:
 - Ajustar o regime terapêutico à rotina diária para que o paciente não se sinta “aprisionado” quando tem vários medicamentos a tomar;
 - Simplificar a prescrição elaborando uma guia de registo de medicamentos e o número de tomas;
 - Ajudar a desenvolver estratégias para lhe recordar as tomas de medicamentos nas horas certas, como por exemplo, usar um relógio de alarme, ou programar essas tomas nos horários de programas televisivos favoritos.
- Promover a auto-monitorização:
 - A família pode ser envolvida no ensino, mas apenas se o utente o desejar. Muitos preferem administrar e gerir o seu próprio tratamento, não desejando envolver a família no plano terapêutico;

- Ajudar o utente a monitorizar o seu tratamento através de uma caixa de medicação semanal;

- Explicar ao utente o que é que ele deve fazer no caso de perder doses e qual o risco associado, quer à perda, quer ao excesso.

- Reforçar proximidade com a equipa e promover aliança terapêutica:

- Acompanhar de forma contínua o utente, no sentido de proporcionarmos disponibilidade para que o utente possa verbalizar os seus sentimentos, reforçando assim a proximidade com a equipa;

- Fazer visita domiciliária para avaliar a administração terapêutica e adaptação à sua rotina diária e incluir a família ou pessoas significativas no tratamento, quando necessário.

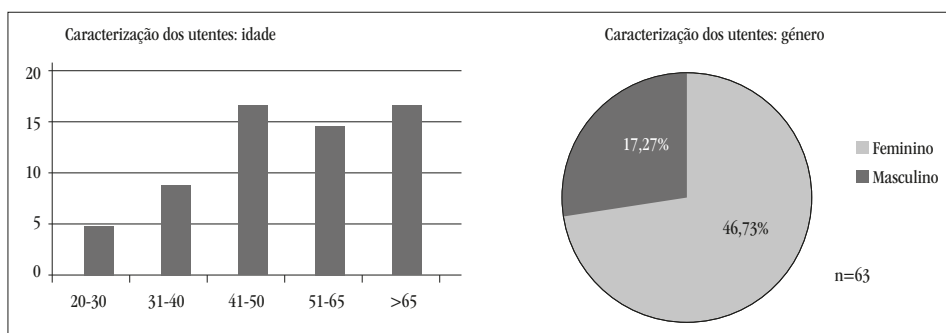


Figura 3: Caracterização dos utentes com supervisão terapêutica em idade e género. Dados referentes ao período 2001-2008.

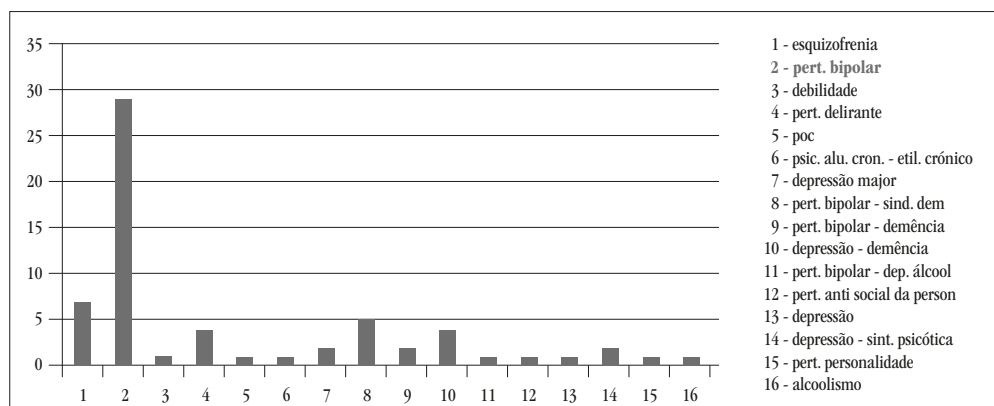


Figura 4: Diagnósticos dos utentes com supervisão terapêutica. Dados referentes ao período 2001-2008.

Podemos verificar, através das tabelas acima referidas, que o maior número de utentes em estudo está incluído na faixa etária entre os 41 e 50 anos e na faixa etária acima dos 65 anos. Relativamente ao género, 46, 73% são do sexo feminino e 17, 27% são do sexo masculino; Os diagnósticos preponderantes são a perturbação bipolar e esquizofrenia.

PRINCIPAIS CAUSAS NA FALTA DE ADESAO AO TRATAMENTO

É importante reflectirmos e saber quais as causas que levam o utente a não aderir ao projecto terapêutico ou a suspendê-lo. Podemos identificar algumas, nomeadamente:

- Escassos recursos económicos, situação esta que é articulada com a assistente social da equipa de modo a poder fazer face à resolução do problema, com apoio na aquisição da medicação, ou outros;

- Défice no suporte familiar, em que muitas vezes a família ou pessoa significativa não está presente, ou não sente a necessidade de apoiar o utente no seu tratamento. Isto pode acontecer por falta de conhecimentos, por descrença relativamente ao tratamento, entre outras causas;
- Esquecimento ou dificuldade na gestão da terapêutica diária, pelo que os enfermeiros da equipa fazem uma orientação aos utentes na gestão da sua medicação semanal ou diariamente;
- O utente não reconhece que está doente ou não fica convencido da necessidade de tomar a medicação (sente-se melhor e acha que já não precisa da medicação);
- Os efeitos secundários da medicação devem ser avaliados continuamente, de forma a proporcionar ao utente um maior bem-estar;
- Os sintomas negativos reduzem o interesse no tratamento.

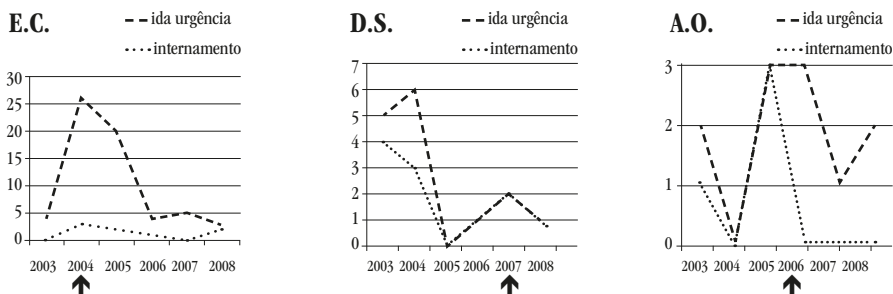


Figura 5: Relação entre o início da supervisão terapêutica e ocorrências hospitalares em 3 utentes com supervisão terapêutica semanal. O início da supervisão está assinalado com uma seta.

Podemos verificar nestes gráficos que, relativamente aos 3 utentes em estudo, a partir do momento em que iniciam supervisão na gestão da sua terapêutica pela equipa de enfermagem, se verifica um decréscimo no número de internamentos e episódios de urgência. As situações de crise foram manejadas em ambulatório, com sucessivos reajustes no plano terapêutico, evitando assim as idas ao serviço de urgência. Assim sendo, constata-se uma maior proximidade e aliança terapêutica com a equipa de tratamento, minimizando o sofrimento dos utentes e suas famílias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em conclusão, podemos afirmar que esta abordagem tem tido resultados positivos e que queremos melhorar cada vez mais no sentido de podermos continuar a prestar cuidados de enfermagem de elevada qualidade, contribuindo para o fortalecimento da rede de serviços de saúde mental no nosso país, respondendo adequadamente às necessidades das pessoas com doenças mentais graves. Segundo Marçal⁵, a adesão terapêutica significa “tornar o doente mais autónomo no seu auto-cuidado”. É “compreendendo o doente e a sua família” que os enfermeiros podem, diariamente, renovar a vontade dos sujeitos em se auto-cuidarem. E para isso é necessário encontrar respostas dinâmicas e avançar com muita perseverança. É importante reconhecer e não subestimar as capacidades de tomada de decisão dos utentes, tentar compreender as suas crenças e colaborar no desenvolvimento de terapêuticas apro-

priadas às suas características. A promoção na motivação do utente e o reforço no processo relacional permitem alcançar o sucesso do tratamento proposto.

É de salientar também a importância na educação terapêutica das famílias que são os cuidadores informais, com quem devemos criar alianças, para que a reabilitação dos nossos utentes seja equilibrada e harmoniosa nos seus diversos contextos (social, profissional e familiar).

O aspecto central não é a adesão em si, mas o modo como os profissionais de saúde compreendem e participam nas decisões que os pacientes tomam relativamente aos seus regimes terapêuticos.

Em suma, os enfermeiros ao colocarem em prática as suas competências comunicacionais sustentadas por modelos teóricos que possuem, e através do seu papel pedagógico, contribuirão de maneira ímpar para o sucesso da adesão aos protocolos terapêuticos.

Conflitos de Interesse / *Conflicting Interests:*

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

The authors have declared no competing interests exist.

Fontes de Financiamento / *Funding:*

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

The author have declared no external funding was received for this study.

BIBLIOGRAFIA / REFERENCES

1. Klein, J.M; Gonçalves, A.G.A – A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários – PsicoUSF, v.10 n.2 Itatiba, 2005.
2. Janssen – Cilag Farmacêutica (2009) – Adesão à terapêutica <http://www.janssen-cilag.pt>
3. Camarinho, A. P. F - Em torno da adesão aos protocolos terapêuticos - Revista referência, 9 p.25-30, 2002.
4. Leite, S.N; Vasconcellos, M.P.C – A adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adoptados na literatura – Ciência & saúde colectiva, 8 (3): 775-782, 2003 <http://www.scielo.br>
5. Ordem dos Enfermeiros (OE) - Enf.^a Oliveira Marçal fala sobre adesão terapêutica na Saúde Portugal Expo, 2008 <http://www.ordemenfermeiros.pt>